

相談表

記入日	平成 年 月 日		記入者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 続柄()
フリガナ 患者氏名			性別	男・女	
生年月日・年齢	(明・大・昭・平) 年 月 日 歳				
住所	(都・道・府・県)		(市・区・町・村)		
電話番号	本人自宅番号 ()	本人携帯番号 ()			
緊急連絡先① <small>日中に連絡が繋がる連絡先 をご記入ください</small>	フリガナ:			電話番号	()
	氏名:	続柄()	携帯番号	()	
	住所:				
いまどのようなことでお困りですか？					
お困りのこと					
いつごろから					
きっかけ					
社会資源(OR)					
健康保険	国民・社保・後期高齢・生活保護・その他() 生保:福祉事務所名:()CW名()電話番号()				
年金	無・有 (老齢年金・障害年金)				
介護保険 (65歳以上の方)	無・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5				
	利用中のサービス: 無・有				
	担当ケアマネの所属事業所名()		担当ケアマネ()		
	施設入居中	施設名()	電話番号()		
	訪問介護利用中	事業所名()	電話番号()		
	デイサービス通所中	事業所名()	電話番号()		
その他利用中	事業所名()	電話番号()			
その他の内容()					
手帳	無・有 (身体障害者手帳(級) 精神障害者手帳(級) 愛の手帳(級))				
自立支援医療	無・有				
	利用中のサービス				
	<input type="checkbox"/> 精神科病院通院中	病院名()	電話番号()		
	<input type="checkbox"/> 精神科デイケア通所中	事業所名()	電話番号()		
	<input type="checkbox"/> 精神科訪問看護利用中	事業所名()	電話番号()		
<input type="checkbox"/> その他利用中	事業所名()	電話番号()			
その他の内容()					
障害福祉 サービス	無・有				
	保健所介入:保健所名()		保健師名()		電話番号()
	受給者証: 無・区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6				
	利用中のサービス				
	グループホーム入居中	施設名()	電話番号()		
	訪問介護利用中	事業所名()	電話番号()		
就労移行施設通所中	事業所名()	電話番号()			
その他利用中	事業所名()	電話番号()			
その他の内容()					

※裏面へ続きます→

生活歴

出身地		兄弟姉妹	()人中()番目	
初歩	歳ごろ	発語	歳ごろ	
元々の性格	内向的・外交的・消極的・社交的・わがまま・几帳面・神経質			
	だらしない・優しい・怒りっぽい・頑固・こだわりが強い			
	気が強い・気が弱い・その他()			
最終学歴	小学校・中学校・高校・短大・専門学校・大学			
	卒業・中退			
現在の職業	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦			
職歴	職業	期間	退職理由	
		歳から 歳まで		
		歳から 歳まで		
		歳から 歳まで		
結婚歴	未婚・結婚(歳から)・離婚歴あり(歳のとき)			
	再婚歴あり(歳から)			
子供の有無	なし・あり(名)			
現在の居住状況	一人暮らし・同居者あり()			
家族問題	無・家族間不和・家庭内暴力・別所中・その他()			
暴力行為の有無	無・あり(いつ頃:)			
嗜好				
身長・体重	身長()cm 体重()Kg	アレルギー	無・有()	
喫煙歴	吸っている(1日 本/ 年間) やめた(年前/ カ月前)・吸わない			
飲酒歴	なし・あり	ありの方	週()日 種類・量()	
違法薬物・脱法ハーブ等の使用歴		なし・あり(使用物:)		
受診歴				
精神科 診断名	病院	通院・入院	期間	転院理由
		通院・入院	歳頃～ 歳頃	
		通院・入院	歳頃～ 歳頃	
		通院・入院	歳頃～ 歳頃	
身体科 診断名	病院	通院・入院	期間	転院理由
		通院・入院	歳頃～ 歳頃	
		通院・入院	歳頃～ 歳頃	
		通院・入院	歳頃～ 歳頃	